HYSTÉRIE MANIAQUE

INFANTILE

PAR

M. LE DOCTEUR PAUL BLOCQ

Chef des travaux Anatomo-Pathologiques de la Clinique des Maladies nerveuses à la Faculté ; — Ancien Interne Lauréat des Hôpitaux de Paris ; — Lauréat de la Société Médico-Pratique, de la Faculté de Médecine, et de l'Académie des Sciences ; — Membre de la Société Anatomique et de la Société Clinique ; — Secrétaire de la Société Médico-Pratique.

PARIS
LIBRAIRIE DE M. DÉCEMBRE, ÉDITEUR
326, RUE DE VAUGIRARD, 326

Hystérie maniaque infantile

par M. le Dr Paul BLOCQ

Chef des travaux anatomo-pathologiques à la Salpêtrière

Je désire entretenir la Société d'un cas d'hystérie infantile que je viens d'observer, non seulement parce qu'il m'a semblé fort intéressant au point de vue pathologique, mais surtout parce qu'il prête à des considérations d'une portée pratique très importante quant au diagnostic, au pronostic et au traitement.

Nous rappellerons, au préalable, sommairement, en quoi consiste l'hystérie maniaque. On ne considère pas sous cette dénomination, l'exagération de l'état psychique anormal des hystériques, si bien décrit par M. Huchard, et qui est habituel à ces malades. Le trouble en question est un incident prépondérant ou accessoire de la diathèse au même titre que les crises convulsives, les contractures, les paralysies..., etc.

La perversion mentale qui caractérise cette forme, s'accuse par des altérations marquées de l'intelligence, de la perception, et de l'affectivité. Il existe de l'inconscience; le

malade ne reconnaît plus les personnes de sa famille et de son entourage, il est constamment agité, crie, menace. Au milieu de ses divagations continuelles, il a de temps à autre des hallucinations visuelles terrifiantes ; il entre dans des accès de terreur ou de colère, et cherche alors à nuire aux autres et à lui-même.

Il est à remarquer que l'hystérie maniaque, assez rare chez l'adulte, frappe les enfants d'une façon prédominante et en particulier les garçons. M. Charcot a attiré mon attention sur ce point, alors que j'avais l'honneur d'être son interne, et, à cette époque, j'ai pu recueillir un certain nombre d'observations de cette catégorie, qui ont été publiées dans l'excellent mémoire de M. Clopatt sur l'hystérie infantile. Cet auteur a, du reste, rassemblé 272 observations d'hystérie chez les enfants. Or, sur les 96 de ces relations qui ont trait à des garçons, j'ai relevé des désordres mentaux mentionnés dans la proportion énorme de un tiers des cas, ce qui justifie l'assertion précédente. J'ai noté également une certaine analogie symptomatique dans le groupement des accidents survenus dans ces différents cas, et j'ai pensé qu'on pourrait mettre ces données à profit pour éviter la confusion diagnostique souvent faite avec des désordres méningés et cérébraux irrémédiables.

Chez la plupart de ces enfants, il existait au début une céphalalgie tenace et persistante, s'accompagnant de plaques hypersthésiques ou spasmogènes du cuir chevelu. De plus, les troubles généraux de la sensibilité consistaient le plus souvent en phénomènes d'hyperesthésie plutôt que d'anesthésie. C'étaient, ou des plaques sensibles, ou de l'exaltation des sensibilités spéciales, photophobie, hyperacousie, etc.

Quant aux caractères de la perversion mentale elle-

même, ils sont également assez uniformes. Quelquefois elle apparaît sous forme d'attaques dans lesquelles l'élément convulsif serait réduit à son minimum ; ce sont d'autres fois de véritables attaques prolongées. Enfin, il arrive que l'enfant présente d'emblée cette incohérence de paroles et de gestes. Il s'agit d'une véritable folie ; bavardages sans suite, actes absurdes... Le plus souvent l'agitation est vive, le malade est furieux ; il injurie, il vocifère, il menace, il cherche à mordre, à pincer, à battre, à étrangler même.... Dans des cas plus rares, on assiste à une sorte de *zoanthropie* ; le sujet imite un animal, tel était le cas récent de la petite fille dont l'histoire dénaturée a fait le tour de la presse sous la rubrique de « femme chat de la Salpêtrière. »

Le plus ordinairement le trouble cesse brusquement ; l'enfant reprend tout à coup la plénitude de ses facultés, oubliant tout ce qui s'est passé. Il semble sortir d'un mauvais rêve.

Selon les lois de balancement habituelle aux syndrômes hystériques, l'altération mentale peut succéder ou faire place à une autre manifestation, et coexister ou non avec les stigmates de la névrose.

J'aborde maintenant le récit de l'histoire de mon petit malade :

Je suis appelé, le 7 août 1889, à donner des soins au jeune W... âgé de 14 ans.

Antécédents héréditaires. — La famille est mal connue du *côté paternel.* On sait cependant que le grand'père était migraineux : la grand'mère est morte d'apoplexie (?). Le père, migraineux est affecté d'un *tic facial.* La famille *maternelle* assez nombreuse, offre comme hérédité nerveuse positive : le grand'-père qui, après avoir été *paraplégique,* aurait présenté ultérieurement de l'embarras de la parole et de l'incohérence des idées ;

une grand'tante qui a été longtemps atteinte d'une maladie caractérisée par « des crises de convulsions, de délire et de cris, s'arrêtant immédiatement par la compression du ventre pour reprendre quand on suspendait cette manœuvre » (*hystérie*) ; la mère est chlorotique et nerveuse.

Une sœur et un frère sont en bonne santé : celle là est *somnambule*.

Antécédents personnels. — W... n'aurait jamais été malade avant le début de l'affection actuelle, si l'on en excepte une scarlatine qu'il contracta il y a 6 ans.

Début et marche. — Les parents font remonter à 2 ans 1/2, l'origine des troubles actuels. A cette époque, l'enfant eut la fièvre typhoïde ; il resta de ce fait couché au lit pendant 5 à 6 semaines, et quoiqu'à la suite il fût en apparence bien portant, depuis, il ne s'est réellement jamais retrouvé en parfaite santé. Bien qu'il pût se relever et reprendre bientôt les cours du lycée, il ne tarda pas à souffrir de maux de tête violents et persistants. Il dut cesser ses études et M. Cadet de Gassicourt fut consulté à ce sujet. Le traitement qu'il prescrivit, consistant surtout en changement d'air et de régime, fut mal suivi. Toutefois il y eut un peu d'amélioration, mais l'enfant continua à se plaindre de céphalalgie par intermittence.

Le 18 janvier de cette année, survint un nouvel incident. W., sorti en promenade, sans qu'il se présentât rien d'anormal, se plaint de faiblesse dans les jambes, de douleurs dans le genou gauche ; il a de la peine à marcher et peut difficilement rentrer à la maison. Il s'alite et, pendant une quinzaine de jours, il lui devient impossible de marcher. Il se plaint aussi à ce moment de sensations pénibles dans la colonne lombaire.

Les douleurs spinales, et la paraplégie qui offre des alternatives de mieux et de pis, continuent jusqu'en mai. A ce moment le médecin de la famille conseille d'envoyer l'enfant à la mer. Il est dirigé à Berck où on applique des pointes de feu le long de la colonne dorsale. L'enfant revient de Berck complètement paraplégié, et la jambe gauche contracturée dans la flexion

forcée. M. Joffroy, consulté à ce moment, conseille les lotions froides qui entraînent un peu d'amélioration. Bientôt cependant la paraplégie reparaît plus intense et s'accompagne d'un embarras de la parole tel que W... a peine à articuler les mots. C'est à ce moment que je suis appelé à examiner le malade.

Etat actuel. Août 1889. — Il s'agit d'un jeune garçon assez grand pour son âge, bien développé, quoique de formes féminines, maigre et chlorotique. Il se tient couché dans le décubitus latéral. Le facies est intelligent, mais l'enfant ne peut répondre qu'en bredouillant, car ses mâchoires sont affectées d'une trémulation rapide : les dents s'entrechoquent comme dans le grelottement, et empêchent presque absolument l'émission des mots. Les membres supérieurs sont indemnes de toute altération.

Les membres inférieurs, un peu atrophiés, sont dans l'extension forcée. Soit spontanément, soit surtout lors du moindre attouchement, les jambes sont prises de secousses. Elles se détendent brusquement comme mucs par un ressort. On provoque ces mouvements plus intenses encore par la pressiou des zônes que nous allons signaler ; les membres simulent alors aussitôt l'action de lancer un coup de pied. Il est, en conséquence, impossible de se rendre compte le l'état réel de la puissance dynamométrique des membres, puisqu'ils ne se prêtent à aucun attouchement. Si l'on esaye de mettre le malade debout, en le maintenant sous les aisselles, ses pieds ont à peine touché le sol, que les membres, puis tout le corps, sont pris d'une trépidation intense, analogue, mais plus vive que celle de l'épilepsie spinale. Les stations et la marche sont par suite tout-à-fait imposibles.

L'examen de la sensibilité montre qu'il existe une hypéresthésie générale de toute la surface cutanée, plus marquée du côté gauche. Les moindres pressions sont pénibles et provoquent des mouvemeuts spasmodiques. Il existe en outre des zones où la sensibilité est douloureusement impressionnée par le moindre attouchement. C'est au niveau du genou gauche, de la colonne

lombaire, et surtout du vertex : là le plus petit effleurement fait naître des convulsions. A part une dilatation exagérée des deux pupilles, et d'un double rétrécissement concentrique du champ visuel plus marqué à gauche, la sensibilité spéciale n'est pas affectée.

Les sphincters et les autres appareils sont indemnes.

Je diagnostique : accidents hystériques, et je prescris l'isolement, la médication hydrothérapique et l'usage des préparations martiales.

15 *août*. Le traitement n'a pas été accepté par la famille, ni suivi. L'enfant qui, jusqu'à présent n'avait jamais eu d'attaques de nerfs, présente une crise caractérisée par une aura céphalique suivie d'arc de cercle, de quelques secousses convulsives, et d'une phase passionnelle, où il délire, voyant des êtres imaginaires qu'il interpelle. A la suite de cet incident, les parents se décident à isoler l'enfant dans un établissement hydrothérapique.

29 août. L'hypéresthésie est moins vive. W... est encore couché, mais il peut se tenir debout quelques instants, malgré les trépidations. Les attaques se sont renouvelées avec les mêmes caractères, et sont plus fréquentes. L'une d'elles a été suivie d'une période d'inconscience de 2 à 3 heures.

19 septembre. Tout d'un coup l'enfant se met à marcher très bien, il est débarrassé aussi du tremblement qui gênait l'émission des mots, et parle correctement. Les crises diminuent de fréquence.

28 septembre. L'enfant n'offre plus aucun signe morbide, sinon la plaque hyperesthésique du vertex. Il n'a plus d'attaques, parle et marche normalement.

4 octobre. Depuis ce matin W... est frappé de délire et d'inconscience. Il ne reconnaît plus personne, ni ses parents, ni les médecins, il bavarde constamment d'une façon incohérente, a des accès de fureur où il cherche à étrangler l'infirmière qui le garde. Il commet des actes absurdes, veut boire de son urine, etc. Cet état délirant se continue pendant 12 jours.

16 octobre. Deux attaques dans la journée : depuis un calme assez considérable est intervenu : W... reconnaît les personnes, mais a encore l'air égaré, et un certain trouble dans les idées : il est indifférent à tout, se trouve misérable, a envie de se suicider et perd complètement la mémoire des faits qu'il a accomplis quelques instants auparavant.

23 octobre. Le trouble mental est complètement dissipé. *L'enfant n'en a gardé aucun souvenir* : il ne se souvient pas des visites que je lui ai faites dans cet intervalle, mais seulement de celles qui sont antérieures. Il est également bien au point de vue de la motilité. Les seuls signes qui persistent encore, sont : la zone hyperesthésique de la tête, et quelques petites attaques.

20 novembre. L'enfant n'a plus d'attaques, ni aucun trouble morbide, sinon un peu de céphalalgie.

10 décembre. Guérison complète. Le malade est rendu à sa famille.

Nous ferons tout d'abord remarquer qu'ici, comme en la plupart des cas semblables, il est possible de remonter à la cause prochaine de l'affection. Les antécédents d'hérédité nerveuse, tant du côté paternel que du côté maternel, rendent aisément compte de la prédisposition. L'hystérie en puissance a été vraisemblablement occasionnée par les troubles de la nutrition générale consécutifs à la fièvre typhoïde qui a frappé le malade. Ces données étiologiques sont conformes en tous les points à celles que tend à établir l'enseignement de M. Charcot.

Quant à la forme qu'ont revêtue les manifestations de la névrose, on notera qu'il s'est surtout agi de ces phénomènes d'hypéresthésie si fréquents chez les enfants hystériques. Il existait une céphalalgie avec plaques hypéresthésiques et une paraplégie d'une intensité spasmodique exceptionnelle.

On ne saurait mieux comparer l'état dans lequel se trouvait le malade qu'à une sorte de tendance à l'épilepsie spinale généralisée, dont le moindre attouchement suffirait à développer la trépidation.

Les attaques ont apparu très tardivement, sept mois après les accidents paraplégiques, et dès leur début, ont emprunté ce caractère particulier, que l'élément psychique l'emportait sur l'élément moteur. Du reste l'accès véritablement maniaque qui est survenu ultérieurement ne semble guère avoir été qu'une attaque prolongée.

C'est du moins de cette façon que j'interpréterais cet épisode. Si l'on admet que l'attaque hystérique offre une sorte de synthèse des symptômes de la névrose, l'hystérie maniaque, selon cette conception, représenterait l'une des phases dissociée de l'attaque, la période des attitudes passionnelles (d'après la nomenclature classique de M. Charcot), isolée à l'état de simplicité, et anormalement prolongée.

Nous pourrions aussi nous demander le motif de cette fréquence relative chez les enfants des manifestations psychiques. Nous croyons qu'il faut en chercher la raison dans l'état du développement des centres cérébraux à cet âge. Chez l'enfant du premier âge, les régions corticales sont à peine ébauchées, et par suite l'action inhibitoire de l'écorce sur la moelle est réduite à son minimum ; aussi, à cette période, l'enfant réagit-il à toute occasion par des convulsions. Au contraire, chez l'adolescent de 13 à 15 ans, l'activité psychique est alors en pleine évolution, et c'est à cela qu'incombe sans doute la part prépondérante que prend l'élément idéal dans la perturbation produite par la névrose.

Sans m'attarder plus à ces considérations d'ordre théorique, j'arrive maintenant à des questions plus pratiques.

Le diagnostic peut être singulièrement embarrassant, en

semblable cas, à en juger par les erreurs qui ont été maintes fois commises déjà en pareille occurrence. Ce qu'il importe, c'est surtout d'être prévenu pour dépister la névrose et ne pas la confondre avec la folie morale ou la méningite.

Je n'insiste pas sur le diagnostic des accidents paraplégiques, bien que précisément, dans le cas qui nous occupe, si l'on en juge par le traitement mis en œuvre (pointes de feu et bains de mer), la confusion ait dû être faite avec le mal de Pott, sinon par le médecin de la famille, qui lui, avait prescrit l'éloignement à la campagne, mais pas celui de la station balnéaire. C'est sans doute en raison de l'absence d'attaques d'une part, de la présence d'une douleur lombaire et d'une paraplégie d'autre part, que l'erreur a été commise. Je ne puis mieux faire que de renvoyer, à cet égard, à l'instructive et intéressante leçon que M. Charcot a consacrée à la simulation du mal de Pott par des accidents hystériques (1).

Je tiens plutôt à attirer l'attention sur les difficultés du diagnostic des désordres mentaux. Leur appareil est, en effet, véritablement alarmant ; chez notre malade, l'existence antérieure des différents accidents, et surtout des attaques à caractère délirant très accentué, rendait la confusion difficile. Mais, il peut arriver qu'il n'en soit pas ainsi. On se basera alors, sur le début subit des accidents, sur les intermittences qu'il présente, enfin sur la présence des stigmates de l'hystérie, pour éviter la confusion. L'importance de ce diagnostic est considérable, puisqu'en somme s'il s'agit de méningite ou de folie morale, le pronostic devient des plus graves, tandis qu'au contraire, en cas d'hystérie, la guérison sera de règle. Dans notre observation, en

(1) Leçons du mardi à la Salpêtrière. 1888-89. — IXe Leçon.

particulier, le pronostic que nous avions prévu s'est rapidement réalisé.

— A quel traitement aura-t-on recours ? Bien que je n'aie aucune répugnance pour l'emploi de la suggestion hypnotique dès longtemps employée à la Salpêtrière, et dont je me suis servi souvent moi-même avec succès dans des cas précis, je ne la crois nullement indiquée en semblable circonstance ; je ne reviendrai pas sur les raisons sur lesquelles je fonde cette opinion, raisons que j'ai exposées dans un travail récent (2).

Dans un cas de ce genre c'est *l'isolement*, préconisé par M. Charcot, qui conviendra le mieux. Il est certain, que dans des cas d'hystérie légère, les procédés hydrothérapique et les médicaments antispasmodiques non associés à l'isolement pourront avoir raison des accidents. Mais, dans tous les cas graves, ce qui revient souvent à dire dans les cas anciens, ces mêmes agents, qui ne procurent aucun bénéfice au malade tant qu'il demeure dans sa famille, feront merveille dès que l'enfant sera séparé complètement de ce milieu.

Le phénomène assez extraordinaire, au premier abord, me paraît s'expliquer ainsi.

Il importe de savoir que l'enfant hystérique présente un état psychique particulier. *Consciemment*, il cherche à attirer l'attention, est heureux qu'on s'occupe de lui, exagère au besoin les signes de son affection ; *inconsciemment*, il est extrêmement impressionné par tout ce qu'il entend dire

---

(2) Indications de l'hypnotisme . (*Bulletin médical*, juillet 1889).
J'ajoute que dans ce cas particulier, l'enfant était hypnotisable et suggestible, mais les suggestions thérapeutiques ne produisaient que des effets d'une durée passagère.

autour de lui. Il résulte de ces dispositions de son esprit, lorsque l'enfant reste dans sa famille, une conséquence doublement fâcheuse. D'une part, les petits soins dont le malade est entouré et l'intérêt qu'il accapare, favorisent sa tendance consciente ; d'autre part les inquiétudes, les angoisses que provoquent l'apparence effrayante des symptômes se répercutent sur sa déviation psychique inconsciente. Somme toute, la névrose s'implante de plus en plus, consciemment et inconsciemment, et, comme elle défie alors toute thérapeutique, le médecin se trouve dans une situation fâcheuse ; il n'inspire plus aucune confiance et, par suite, n'a plus d'autorité.

Il en est tout différemment, dès que le malade est séparé des siens, et complètement livré au seul médecin ; les influences précédentes sont de ce fait annihilées et l'action thérapeutique reprend son efficacité.

Quoi qu'il en soit de cette explication, l'expérience ne compte plus les succès de la méthode, dont le seul inconvénient, si c'en est un, est d'être difficilement acceptée, par la tendresse aveugle, en la circonstance, des parents des petits malades.

